



FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

Data: ___/___/____. Horário: _____. Local: _____.

PREENCHIMENTO PELO SÓCIO

OBSERVAÇÕES

1. Levar ficha (frente) preenchida ao médico;
2. O preenchimento da ficha (verso) é exclusivo do médico;
3. Evite fazer atividade física 24 horas antes da avaliação.

Nome:		M ()	F ()
Data de nascimento: ___/___/____.	Idade: _____	Profissão: _____	
Telefone para contato: () _____		Pessoa para contato: _____	
Convênio médico?	Sim ()	Não ()	Qual? _____
Responsável (se menor): _____		Grau de parentesco: _____	

OBJETIVOS (Atividades que pretende realizar no Clube)

ANAMNESE

Tabagismo?	() Sim	() Não		
Doenças familiares	() Diabetes	() Hipertensão Arterial	() Colesterol	() Problemas cardíacos
	() Problemas pulmonares	() Outros:		
Doenças pessoais	() Diabetes	() Hipertensão Arterial	() Colesterol	() Problemas cardíacos
	() Problemas pulmonares	() Outros:		
Fez cirurgia:	() Sim	() Não	Há quanto tempo: _____	
Fratura, lesões?	() Sim	() Não	Há quanto tempo: _____	
Hábitos de atividade física	Qual? _____			
	Há quanto tempo? _____			

OUTROS RELATOS

Declaro não ter omitido nada a respeito do meu estado de saúde e histórico esportivo.

Assinatura do avaliado





FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO

Peso	Kg
Estatura	Cm

P.A. repouso	Mm/HG
F.C. repouso	B.p.m.

Assinalar as **atividades** abaixo, que o aluno se interessa em participar e que **poderá fazer** com prescrições e restrições:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Caminhada: _____ | <input type="checkbox"/> Voleibol: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ginástica : _____ | <input type="checkbox"/> Basquetebol: _____ |
| <input type="checkbox"/> Spinning : _____ | <input type="checkbox"/> Futebol/Futsal: _____ |
| <input type="checkbox"/> Jump: _____ | <input type="checkbox"/> Tênis de campo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Zumba: _____ | <input type="checkbox"/> Hidroginástica: _____ |
| <input type="checkbox"/> FitDance: _____ | <input type="checkbox"/> Natação: _____ |
| <input type="checkbox"/> Jazz: _____ | <input type="checkbox"/> Judô: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ioga: _____ | <input type="checkbox"/> Jiu-Jitsu: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pilates/Ballness: _____ | <input type="checkbox"/> Academia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sauna: _____ | <input type="checkbox"/> Corrida: _____ |

Observações:

Médico responsável	CRM
_____	_____

Local e data:

_____, _____ de _____ de 20____